

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2170103689		
法人名	有限会社 ケアパートナー		
事業所名	グループホーム もも太郎		
所在地	岐阜県 岐阜市 御望 3丁目 68番地		
自己評価作成日	平成22年8月16日	評価結果市町村受理日	平成22年11月16日

事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170103689&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 旅人とたいようの会		
所在地	岐阜県大垣市伝馬町110番地		
訪問調査日	平成22年10月7日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

認知症高齢者介護において、介護者のコミュニケーションが雑音になっていないか、介護がその方の今にあっていないのではないかと常に介護者は自分たちの介護を振り返り、その方の立場になって支援できるよう努力をしています。本年度から夜間・宿直体制をとり、夜間の見守りを充実した。スタッフの研修を多く取り組みスタッフのスキルの強化に力を入れています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

利用者の思いやライフスタイルを大切に介護の実践に努め、建物のハード面や介護のソフト面に細かな配慮がある。管理者と職員は、その人らしく有るために何をすべきかを常に念頭に置いて日々支援し、関係者の気づきを介護計画に採り入れ、利用者のより良い暮らしへつなげている。利用者との向き合う時間を大切にしており、その思いや個性を感じ取り、利用者とのなじみや信頼の関係を構築している。一人ひとりの排泄パターンを把握し観察して、その方に最も適した排泄方法を職員皆で話し合い、紙パンツから失禁パンツ、布パンツと切り替えた利用者も多く、自立支援につながっている。市との関係を活かして認知症やグループホームの認知にも努め、NPO法人や関係団体などを利用しての外出支援も積極的に行っている。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 該当するものに印	項目		取り組みの成果 該当するものに印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

(セル内の改行は、(Alt+-) + (Enter+-)です。)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	(1)	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	利用者が住みなれた地域での生活が継続できるようなじみの友人・生活習慣を大切にしよう支援することを理念とし、すべての職員が理念を共有し、介護サービスの提供が出来るよう取り組んでいる。	ミーティング時に職員皆で話し合い、地域密着型サービスの意義を加えた運営理念を新たに作り上げている。理念は、掲示すると共に職員全員がファイルとして持ち、共有を図り、常に意識して支援に取り組んでいる。	
2	(2)	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	散歩のコースに公民館があり休憩時、公民館の花壇・広場の草引きを実施し、地域に貢献するよう努力している。自治会に入会し、総会、班会等に出席をして、グループホームを理解してもらえよう努力している。	毎日の散歩や、草取りを通じて、近隣の住民からの声かけや野菜を頂いたりする付き合いが出来、回覧板も回って来るようになった。地域行事などへの参加はしておらず、事業所としての交流を行うまでには至っていない。	行事や活動の情報を集め、積極的に参加するなど地域と日常的に関わり、利用者と地域とのつながりが深くなるような支援を期待したい。
3		事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症高齢者の家族の介護保険の相談・認知症の方への接し方等の説明をする機会を設け、地域の高齢者に役立つよう努力している。		
4	(3)	運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	認知症の事例発表等を通じ、認知症の方の周辺症状を学びまたご本人、ご家族のホームへの要望をケアプラン、介護の現場に結び付けていくことでケアの向上に努力している。	3ヶ月に1度開催し、ホームや利用者の様子を伝え、家族の意見などを尋ねている。家族と事業所職員のみでの開催で行政や家族等の参加が無く、又双方向での話し合いとなっていないこともあって、サービス向上に活かすところには至っていない。	市担当者、地域住民、家族等に積極的に参加要請して参加者と回数を増やし、活発な意見交換の場となるよう努力されたい。外部評価結果・改善の取り組みを報告し助言を得てサービス向上に活かす取り組みを期待したい
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	岐阜市介護保険室、生活福祉室及び地域包括センターの職員と連絡を取り、地域に密着した介護サービスを提供するよう取り組んでる。地域介護ネットワークの研修会の講師を務め、グループホームの介護サービスの説明をし、日ごろから行政との協力関係を構築するよう努めている	直接会う機会を作り、報告や相談をしている。市の紹介で訪れる見学者に介護や認知症の相談に乗っている。また岐阜西ネットワーク研修会の講師依頼を受け、サービスの概要や実情を紹介するなどの協力関係がある。	
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	利用者側の立場となり「拘束具『しない』『させない』『使わない』」を徹底している。玄関の施錠は外部からの危険防止のため施錠している。内部からは誰でも(ご利用者)開けるようしている。	身体拘束の内容と弊害について研修を受け理解し実践している。言葉による拘束にも留意し、命令口調や否定、声のトーンや声かけ方法についても周知徹底されている。利用者の安全を考慮しながら、拘束しないケアを模索し、取り組んでいる。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見見過されることがないように注意を払い、防止に努めている	言葉の暴力、介護の無視、3～4点ベッド柵等が虐待であることを周知し防止に努めている。		

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	高齢者の権利擁護に関する研修に参加し、ホームの勉強会で各職員に説明した。社会福祉協議会の権利擁護の利用者1名、絆の会の紹介4名、生活保護受給の手続き等活用している。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約及び解約には 誤解のないよう疑問点には、詳しく説明し理解・納得を得ている。		
10	(6)	運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	管理者はホームに常駐し 勤務時間以外でも携帯電話にて相談業務ができるような関係を家族と構築している。利用者、家族からの意見を常に聞くことができる環境を整え 利用者及び家族の意見を記録しスタッフミーティングの議題とし常に職員と共有し利用者が満足して暮らせるよう努力している。	訪問時以外にもアンケートや電話・メールを通じて、家族の意見や要望を聞いている。意見や要望を職員間で検討し対応している。ホームでの保険給付サービス以外の生活支援を有償サービスとして提供することについて家族アンケートを実施し指針を策定した。	
11	(7)	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	介護リーダー(ホーム長)を配置し、職員の意見及び提案を聞く機会を設けている。代表者(管理者兼任)は介護福祉士・介護支援専門員であり介護の実践リーダーであるよう勤めている。常に職員からの視線にたちホームの運営をするよう努めている。	問題点について職員間で話し合い、管理者に話を通し運営に活かしている。中身が見える衣装ケースの導入や、利用者となじみの友人との関係継続、調理方法の改善等利用者に関わる職員ならではの意見を大切にしている。	
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	安定した生活ができるような勤務シフトの作成、勤務態度の評価(賃金改定等)をして働きやすくやりがいがある職場を目指して職場の向上を努力している。		
13		職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	管理者、介護支援専門員等が実践者リーダー研修等を受講し、勉強会を開催、職場のスキルの向上をめざしている。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	近くのグループホームの管理者と 電話、訪問で情報の交換等をしている。グループホームの訪問には職員を同行し 他のホームを参考にし当ホームの質に改善につなげるよう努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に利用者及び家族、以前のケアマネージャー等より生活歴・嗜好等を把握しケアプランの作成をすることで、利用者がすぐに安心した生活ができるようにする。入居されてからは利用者となじみの関係を取れるようなコミュニケーションに留意している。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居相談時より、家族の思いを受けとめ共感することで家族が安心できるように努めている。家族がホームに来所しやすく職員に相談しやすい環境を作り、常に家族と利用者がよい関係が保てるよう支援している。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人、家族、各関係者の情報より、家族との関係、薬剤の影響等整理することが可能か、ホームでの生活が本人にとって幸せなのか考え、在宅での生活の可能性、他の施設が良いのか相談支援するよう対応している		
18		本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員が利用者を理解し、本人の生き方を大切に、本人の思いに沿うよう努め、利用者が職員とホームでともに穏やかに過ごすことができるよう支援している。		
19		本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族に利用者の認知症状を理解してもらい利用者との継続した関係を保てるよう支援している。利用者が穏やかに生活するためには家族の支援が必要であると認識してもらい職員は家族と共に本人を支えていく努力している。		
20	(8)	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	生まれ育った家等への外出支援また疎遠になりそうな家族のホームへの面会支援をすることで関係が継続できるよう支援している。(家族が来所できないケースではホームが家族への訪問支援を時々して関係が途切れないようにしている)	利用料の支払いなどの名目を設けて家族の来所を促したり、友人へ外出支援を依頼するなど入居前の関係継続に努めている。又、利用者が友人を訪ねる工夫をする等関係継続の支援に努めている。	
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者がリクレーション、散歩等の参加や家事を助け合っている事で、利用者同士がなじみの関係が取れるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	何時でも相談できる体制・なじみの関係を作り、契約が終了しても相談に乗れるよう努力している。		
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居前の生活の様子を情報に残し 認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。利用者のGOL向上を目指し担当スタッフがミーティングで再アセスメントしている。	アセスメントで思いを把握すると共に、利用者職員の日々の関わりの中で信頼関係を築きながら思いや希望を聞きだしている。又日々の生活の中の行動や利用者同志の助け合いの姿・会話から意向を汲み取る場合もある。	
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の生活の様子を情報に残し 認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	介護記録を作り 一人ひとりその人に合った生活リズム等を把握し行ってる。		
26	(10)	チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	常に本人の生活の様子を把握し、各関係者に報告し より安定した生活が出来るよう相談し介護計画を作成するよう努めている。毎月10日のミーティングで ケアマネージャーが利用者のケアプラン作成に必要な情報を収集し反映できている。	毎月行なうミーティングで、利用者の状態を把握しケアプランの検討とモニタリングを行っている。出された意見と家族・利用者の思いを基に検討会議を行い、ケアマネージャーが現状に即した介護計画を作成している。	
27		個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	介護日誌、介護記録を細かに取り、ミーティング等で見直しを図り介護サービスや介護計画に活かしている		
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	小規模多機能性を活かし、個別対応が出来る体制を整えている。管理者がシフトで勤務せず自由に介護できるため急な通院介助、外出支援等に柔軟に対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	落語、マジック等のボランティアの訪問、民生委員の訪問、運営推進会議の開催、地域包括センターとの協力体制を整えている。		
30	(11)	かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ホームの提携医の往診、訪問看護ステーションの健康管理によって利用者の安定した生活が保たれている(往診は希望かつ対象者のみ)。必要に応じ利用者の病気に適した医療が受けられるようホームの提携医と相談紹介している。	提携医の診療を受けている利用者が多いが、入居前からのかかりつけ医に家族付き添いで受診する人もある。専門医の受診が必要な時は提携医から紹介があり、受診の際は介護記録やサマリーの情報を提供し、受診結果はフィードバックをして貰っている。	
31		看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護ステーションとの医療連携体制をとり、介護職と看護師の情報が的確に交換でき十分な健康管理ができる体制を整えている。ホームの提携医の経営するステーションのため提携医との連携がとれ 体調悪化時の対応がすぐ取れるような体制を整えている。		
32		入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療機関の医師及び看護師、生活相談員等との連携に努めている。特に近隣の複数の病院の医療相談員とは 日ごろから情報交換や相談業務で連絡をとる機会があり 関係作りはできている。		
33	(12)	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に重度化された場合における対応に関する指針を説明し利用者(家族)に同意を得ている。終末期のあり方はグループホームの対応しうる最大のケアについて説明し利用者が安全に暮らせるよう医療、家族、ホーム等が協力して支援するよう努めている。	入居時に、利用者・家族の意向を尋ねている。身体状況によってホームのできることの限界を説明し、終末期までは支援できないことを話し納得を得ている。又、重度化した場合は、その時々で職員や家族との話し合いを重ね、できうる限りの支援を行っている。	
34		急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急マニュアルを作成し職員に周知させている。		
35	(13)	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防火管理者を中心とし協力して体制を築き上げている。 (スプリンクラー、火災報知機、火災通報装置を設置、緊急マニュアル等を作り対応している)	宿直や夜勤の職員・利用者も参加し、夜間を想定した模擬避難訓練を実施している。訓練は年に1回しか行われておらず、訓練時の混乱もあり、消防署や地域住民の協力を得るところまでは至っていない。	利用者・職員の混乱を最小限にするためにも、少なくとも年に数回は避難訓練を実施していただきたい。又、消防署や地域住民の協力も得て訓練を行い、災害時に不可欠な地域との協力体制を得られるよう努力されたい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	本人のプライドを傷つけないよう配慮し 名前ではなく名字で呼ぶことや丁寧語で会話することに気をつけている。個人情報等を他の利用者に知られないように配慮している。	アセスメントや面談、入居時の様子等から、利用者個々の対応について検討し、職員に衆知を図っている。言葉かけは斜め45度の位置で行なう等、職員が実際に体験しながら利用者には不快感を与えない対応を心がけている。	
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	入居者同士の会話を一緒に傾聴し希望が言える環境を作っている。利用者個々にその方のその時の認知症を理解し その方の希望が言いやすい関係を築くようにしている、		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その方の生活のリズムにあわせ 小規模多機能をいかし 個人対応ができるよう本人の希望にそった対応をするよう努めている。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	希望により一緒に買い物をしたり、訪問カットサービスによりカット・カラーをしている。毎日化粧をする方には、化粧品の購入、保管管理等をし安全に暮らしが楽しめるよう支援している。		
40	(15)	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器や盛り付けに配慮しまた 一人ひとりの好みや嚥下状況を把握し、その人にあった食事を適切に提供している。食事の配膳、食器洗い等をする方も数名ありホームでの役割を持つことでQOLの向上になっている	食事の彩りや盛り付けを工夫し、利用者の嗜好に合わせた配膳をし、利用者が後片付けを手伝っている。利用者と職員は、別々のテーブルに付いて食事をし、利用者間の会話や職員の声かけも無く、静かな食事風景である。	職員も利用者と一緒に同じテーブルで食事を取り、会話が弾んだ楽しい食事風景を演出するよう期待したい。食事の準備や片付け以外にも利用者の力が発揮できる支援を工夫されたい。
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎回の食事の摂取量(主・副食)を記録し栄養が取れているか把握している。風呂上がり時、夜間等、食事以外での水分摂取を促している。食事が極端に少ない方には経口栄養食での補食をし栄養が取れるよう支援している。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアの援助を実施 記録している。各居室に洗面台を設置し 口腔ケアの必要性を利用者に呼びかけている。義歯においては毎日洗浄液に入れ衛生面を徹底している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	本人の排泄パターンを記録し トイレ誘導をすることで、紙パンツから布パンツへの切り替えをしている。必要に応じポータブルトイレを利用し尿失禁をなくす支援をしている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、排泄状況を観察して最も適した排泄方法を職員皆で話し合い支援している。紙パンツから失禁パンツ、布パンツと切り替えるよう努力している。夜間、頻尿でトイレに合わない利用者にはポータブルトイレも利用している。	
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便チェックし便秘の方に水分摂取及び便秘薬の処方依頼し排泄のコントロールをしている。散歩・体操等を働きかけ予防に努めている。		
45	(17)	入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	隔日の入浴日を決めているが、本人の希望や体調に応じ入浴を実施している。	隔日の入浴となっているが、必要や要望に応じ随時の入浴や陰部洗浄も行っている。一人での入浴を好む利用者には、ドアの外に控え、利用者の安全を耳で確かめている。入浴を拒む人には足浴やシャワー浴・清拭を行い、言葉かけや対応を工夫しながら信頼関係を築き入浴へと導いている。	
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日中に活動を取り入れ夜間の安眠を促すようにする また昼寝の習慣がある方が多く夜間の不眠にならないよう適度な休息となるように声掛けをしている。こまめに寝具を干したりシーツ交換することで夜間の安眠ができるよう支援している		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬の管理は管理者・ホーム長がしており、薬剤の用法を把握し、服薬支援の徹底を管理している。利用者の症状にあわせ、医師・訪問看護師に相談・処方してもらっている。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりの得意なことを把握し、できる力を発揮する環境を整え、自信を持っていただけるよう心がけている。		
49	(18)	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	気分転換や筋力保持のため天気のよい日は散歩の支援を行っている また家族、友人の支援により外出される方は多く見える。家族の外出支援のない方はきずなの会や管理者が外出の支援をしている。	職員の付き添いで、順番に散歩に出かけている。近所の喫茶店や公園へも日常的に出かけている。遠方への外出希望には、家族や知人の援助が受けられるように支援している。時には一緒に外出することもある。	

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金を持つことでしまい忘れ、物取られ妄想がある方が多く、持つことで混乱されることがあるためホームではお金をもって見える方は現在はない。物品の購入ができるようホームが立て替えをしい物支援をしている。		
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	各居室に電話をひけるようにしてあり、希望に応じ設置可能である。家族や友人に連絡したいときはホームの電話を使用してもらおうようになっている。		
52	(19)	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホーム全体に落ち着いた配色で統一感を持ち、季節の花を飾り、なじみの壁飾りをして、利用者が心地よく生活できるよう努力している。	玄関や廊下には利用者の陶器や裂き織りなどの作品が飾られ、1階はピンク、2階はオレンジに色を統一し、調度品も合わせた色調にしてリラックスできる空間としている。リビングは広く、ゆったりした椅子を使用して、広い窓からは四季の陽光や風を感じることができる共有空間になるよう工夫している。	
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングが広く作っており、ソファやダイニングテーブルを広く配置し入居者同士の距離が保つ様にしてある。 玄関や廊下に、ベンチ・ソファを置き、利用者が各自自由に空間を利用する様工夫している。		
54	(20)	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	在宅のなじみの家具や調度品の持ち込みにより、住み替えのダメージを軽減し、利用者が居心地良く生活できるように努めている。	家族には馴染みの品の持ち込みをお願いし、無理な方にはその人の生活歴や好みを活かした家具の貸し出しをし、利用者の目線に立った居室になるよう支援している。家族写真や趣味の作品を飾り、大切な方の位牌を持ち込んだりして、その方らしい部屋になるよう工夫している。	
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	リビングから各居室の動線が見守りしやすいよう設計され、安全に生活できるようになっている。各居室に洗面所を配置、口腔、小物の洗濯、掃除等自立した生活ができるような環境を整えている。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2170103689		
法人名	有限会社 ケアパートナー		
事業所名	グループホーム もも太郎		
所在地	岐阜県 岐阜市 御望 3丁目 68番地		
自己評価作成日	平成22年8月16日	評価結果市町村受理日	平成22年11月16日

事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170103689&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 旅人とたいようの会
所在地	岐阜県大垣市伝馬町110番地
訪問調査日	平成22年10月7日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

--

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

--

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 該当するものに 印	項目		取り組みの成果 該当するものに 印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	(1)	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	利用者が住みなれた地域での生活が継続できるようになじみの友人・生活習慣を大切にしよう支援することを理念とし、すべての職員が理念を共有し介護サービスの提供が出来るよう取り組んでいる。		
2	(2)	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	散歩のコースに公民館があり休憩時、公民館の花壇・広場の草引きを実施し、地域に貢献するよう努力している。自治会に入会し、総会、班会等に出席をして、グループホームを理解してもらえよう努力している。		
3		事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症高齢者の家族の介護保険の相談・認知症の方への接し方等の説明をする機会を設け、地域の高齢者に役立つよう努力している。		
4	(3)	運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	認知症の事例発表等を通じ、認知症の方の周辺症状を学びまたご本人、ご家族のホームへの要望をケアプラン、介護の現場に結び付けていくことでケアの向上に努力している。		
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	岐阜市介護保険室、生活福祉室及び地域包括センターの職員と連絡を取り、地域に密着した介護サービスを 提供するよう取り組んでる。地域介護ネットワークの研修会の講師を務め、グループホームの介護サービスの説明をし、日ごろから行政との協力関係を構築するよう努めている		
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	利用者側の立場となり 拘束具『しない』『させない』『使わない』を徹底している。玄関の施錠は外部からの危険防止のため施錠している。内部からは誰でも(ご利用者)開けれるようしている。		
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	言葉の暴力、介護の無視、3～4点ベッド柵等が虐待であることを周知し防止に努めている。		

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	高齢者の権利擁護に関する研修に参加し、ホームの勉強会で各職員に説明した。社会福祉協議会の権利擁護の利用者1名、絆の会の紹介4名、生活保護受給の手続き等活用している。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約及び解約には 誤解のないよう疑問点には、詳しく説明し理解・納得を得ている。		
10	(6)	運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	管理者はホームに常駐し 勤務時間以外でも携帯電話にて相談業務ができるような関係を家族と構築している。利用者、家族からの意見を常に聞くことができる環境を整え 利用者及び家族の意見を記録しスタッフミーティングの議題とし常に職員と共有し利用者が満足して暮らせるよう努力している。		
11	(7)	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	介護リーダー(ホーム長)を配置し、職員の意見及び提案を聞く機会を設けている。代表者(管理者兼任)は介護福祉士・介護支援専門員であり介護の実践リーダーであるよう勤めている。常に職員からの視線にたちホームの運営をするよう努めている。		
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	安定した生活ができるような勤務シフトの作成、勤務態度の評価(賃金改定等)をして働きやすくやりがいがある職場を目指して職場の向上を努力している。		
13		職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	管理者、介護支援専門員等が実践者リーダー研修等を受講し、勉強会を開催、職場のスキルの向上をめざしている。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	近くのグループホームの管理者と 電話、訪問で情報の交換等をしている。グループホームの訪問には職員を同行し 他のホームを参考にし当ホームの質に改善につなげるよう努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に利用者及び家族、以前のケアマネージャー等より生活歴・嗜好等を把握しケアプランの作成をすることで、利用者がすぐに安心した生活ができるようにする。入居されてからは利用者となじみの関係を取れるようなコミュニケーションに留意している。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居相談時より、家族の思いを受けとめ、共感することで家族が安心できるように努めている。家族がホームに来所しやすく職員に相談しやすい環境を作り、常に家族と利用者がよい関係が保てるよう支援している。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人、家族、各関係者の情報より、家族との関係、薬剤の影響等整理することが可能か、ホームでの生活が本人にとって幸せなのか考え、在宅での生活の可能性、他の施設が良いのか相談支援するよう対応している		
18		本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員が利用者を理解し、本人の生き方を大切に、本人の思いに沿うよう努め、利用者が職員とホームでともに穏やかに過ごすことができるよう支援している。		
19		本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族に利用者の認知症状を理解してもらい利用者との継続した関係を保てるよう支援している。利用者が穏やかに生活するためには家族の支援が必要であると認識してもらい職員は家族と共に本人を支えていく努力している。		
20	(8)	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	生まれ育った家等への外出支援また疎遠になりそうな家族のホームへの面会支援をすることで関係が継続できるよう支援している。(家族が来所できないケースではホームが家族への訪問支援を時々して関係が途切れないようにしている)		
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者がリクレーション、散歩等の参加や家事を助け合っている事で、利用者同士がなじみの関係が取れるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	何時でも相談できる体制・なじみの関係を作り、契約が終了しても相談に乗れるよう努力している。		
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居前の生活の様子を情報に残し 認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。利用者のGOL向上を目指し担当スタッフがミーティングで再アセスメントしている。		
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の生活の様子を情報に残し 認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	介護記録を作り 一人ひとりその人に合った生活リズム等を把握し行ってる。		
26	(10)	チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	常に本人の生活の様子を把握し、各関係者に報告し より安定した生活が出来るよう相談し介護計画を作成するよう努めている。毎月10日のミーティングで ケアマネージャーが利用者のケアプラン作成に必要な情報を収集し反映できている。		
27		個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	介護日誌、介護記録を細かに取り、ミーティング等で見直しを図り介護サービスや介護計画に活かしている		
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	小規模多機能性を活かし、個別対応が出来る体制を整えている。管理者がシフトで勤務せず自由に介護できるため急な通院介助、外出支援等に柔軟に対応している。		

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	落語、マジック等のボランティアの訪問、民生委員の訪問、運営推進会議の開催、地域包括センターとの協力体制を整えている。		
30	(11)	かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ホームの提携医の往診、訪問看護ステーションの健康管理によって利用者の安定した生活が保たれている(往診は希望かつ対象者のみ)。必要に応じ利用者の病気に適した医療が受けられるようホームの提携医と相談紹介している。		
31		看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護ステーションとの医療連携体制をとり、介護職と看護師の情報が的確に交換でき十分な健康管理ができる体制を整えている。ホームの提携医の経営するステーションのため提携医との連携がとれ 体調悪化時の対応がすぐ取れるような体制を整えている。		
32		入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療機関の医師及び看護師、生活相談員等との連携に努めている。特に近隣の複数の病院の医療相談員とは 日ごろから情報交換や相談業務で連絡をとる機会があり 関係作りはできている。		
33	(12)	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に重度化された場合における対応に関する指針を説明し利用者(家族)に同意を得ている。終末期のあり方はグループホームの対応しえる最大のケアについて説明し利用者が安全に暮らせるよう医療、家族、ホーム等が協力して支援するよう努めている。		
34		急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急マニュアルを作成し職員に周知させている。		
35	(13)	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防火管理者を中心とし協力して体制を築き上げている。 (スプリンクラー、火災報知機、火災通報装置を設置、緊急マニュアル等を作り対応している)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	本人のプライドを傷つけないよう配慮し 名前ではなく名字で呼ぶことや丁寧語で会話することに気をつけている。個人情報等を他の利用者に知られないように配慮している。		
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	入居者同士の会話を一緒に傾聴し希望が言える環境を作っている。利用者個々にその方のその時の認知症を理解し その方の希望が言いやすい関係を築くようにしている、		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その方の生活のリズムにあわせ 小規模多機能をいかし 個人対応ができるよう本人の希望にそった対応をするよう努めている。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	希望により一緒に買い物をしたり、訪問カットサービスによりカット・カラーをしている。毎日化粧をする方には、化粧品の購入、保管管理等をし安全に暮らしが楽しめるよう支援している。		
40	(15)	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器や盛り付けに配慮しまた 一人ひとりの好みや嚥下状況を把握し、その人にあった食事を適切に提供している。食事の配膳、食器洗い等をする方も数名ありホームでの役割を持つことでQOLの向上になっている		
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎回の食事の摂取量(主・副食)を記録し栄養が取れているか把握している。風呂上がり時、夜間等、食事以外での水分摂取を促している。食事が極端に少ない方には経口栄養食での補食をし栄養が取れるよう支援している。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアの援助を実施 記録している。各居室に洗面台を設置し 口腔ケアの必要性を利用者に呼びかけている。義歯においては毎日洗浄液に入れ衛生面を徹底している。		

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	本人の排泄パターンを記録し トイレ誘導をすることで、紙パンツから布パンツへの切り替えをしている。必要に応じポータブルトイレを利用し尿失禁をなくす支援をしている。		
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便チェックし便秘の方に水分摂取及び便秘薬の処方依頼し排泄のコントロールをしている。散歩・体操等を働きかけ予防に努めている。		
45	(17)	入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	隔日の入浴日を決めているが、本人の希望や体調に応じ入浴を実施している。		
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日中に活動を取り入れ夜間の安眠を促すようにする また昼寝の習慣がある方が多く夜間の不眠にならないよう適度な休息となるように声掛けをしている。こまめに寝具を干したりシーツ交換することで夜間の安眠ができるよう支援している		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬の管理は管理者・ホーム長がしており、薬剤の用法を把握し、服薬支援の徹底を管理している。利用者の症状にあわせ、医師・訪問看護師に相談・処方してもらっている。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりの得意なことを把握し、できる力を発揮する環境を整え、自信を持っていただけるよう心がけている。		
49	(18)	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	気分転換や筋力保持のため天気の良い日は散歩の支援を行っている また家族、友人の支援により外出される方は多く見える。家族の外出支援のない方はきずなの会や管理者が外出の支援をしている。		

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金を持つことでしまい忘れ、物取られ妄想がある方が多く、持つことで混乱されることがあるためホームではお金をもって見える方は現在はない。物品の購入ができるようホームが立て替えをし買い物支援をしている。		
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	各居室に電話をひけるようにしてあり希望に応じ設置可能である。家族や友人に連絡したいときはホームの電話を使用してもらおうようになっている。		
52	(19)	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホーム全体に落ち着いた配色で統一感を持ち、季節の花を飾り、なじみの壁飾りをして利用者が心地よく生活できるよう努力している。		
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングが広く作っておりソファやダイニングテーブルを広く配置し入居者同士の距離が保つ様にしてある。 玄関や廊下に、ベンチ・ソファを置き利用者が各自自由に空間を利用する様工夫している。		
54	(20)	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	在宅のなじみの家具や調度品の持ち込みにより、住み替えのダメージを軽減し利用者が居心地良く生活できるように努めている。		
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	リビングから各居室の動線が見守りしやすいよう設計され安全に生活できるようになっている。 各居室に洗面所を配置 口腔、小物の洗濯、掃除等自立した生活ができるような環境を整えている。		